



## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DIVERSOS

PROTOCOLO

### 1 - IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

NOME	CODIGO	TELEFONE
------	--------	----------

### 2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME	CODIGO
------	--------

### 3 - MÉDICO SOLICITANTE

NOME	CRM	
DATA DO ATENDIMENTO	LOCAL DO ATENDIMENTO (Hospital/Clinica)	Telefone

### 4 - PROCEDIMENTO

Procedimento	Descrição	Período	Qty

### 5 - JUSTIFICATIVA TÉCNICA DO PEDIDO

CID	DUT
Relatório	

### 6- Assinatura do solicitante

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui cientificado e orientado, quanto ao auxílio ora solicitado, desde já sabendo que ele poderá ser fornecido de acordo com a Lei 9656/98 e regulamentação da ANS, obedecendo aos prazos e de acordo com as normas internas da APAS, bem como da análise da documentação apresentada.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local Dia Mês Ano Assinatura do Titular - PM/Pensionista Responsável

### 7. DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO

- Relatório do médico assistente contendo a justificativa da necessidade do tratamento, bem como, descrição do quadro clínico, hipótese diagnóstica e outras informações pertinentes;
- Pedido Médico/ Guia SADT \_\_\_\_\_
- Outros \_\_\_\_\_

**ANÁLISE DE SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DIVERSOS**

PROTOCOLO

**8 - CONFERÊNCIA ADMINISTRAÇÃO**

DOCUMENTAÇÃO

COMPLETA

INCOMPLETA

Observações:

PARECER

FAVORÁVEL

DESFAVORÁVEL

DATA:

/ /

\_\_\_\_\_  
Administrador**9 - AUDITORIA MÉDICA**

Observações:

PARECER

FAVORÁVEL

DESFAVORÁVEL

DATA:

/ /

\_\_\_\_\_  
Auditor**10 - DECISÃO**

DATA:

/ /

AUTORIZADO

NÃO AUTORIZADO

JUSTIFICATIVA

\_\_\_\_\_  
TESOUREIRO\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE**11 - CIENTE**

DATA:

/ /

Declaro que nesta data tomei conhecimento da decisão supra .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular - PM/Pensionista Responsável